

407
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

OLIVIER PATIN

Né à Verderonne (Oise), le 30 Juin 1864

ÉTUDE SUR LES SYMPTÔMES DE DÉBUT

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

(DU LISÉRÉ GINGIVAL)

Président : M. HAYEM, professeur.

Jury { *professeur : M. TERRIER.*
agrégés : MM. JALAGUIER et DEJERINE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

OLIVIER PATIN

Né à Verderonne (Oise), le 30 Juin 1864

ÉTUDE SUR LES SYMPTOMES DE DÉBUT
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
(DU LISÉRE GINGIVAL)

Président : M. HAYEM, professeur.

Jury { *professeur : M. TERRIER.*
agregés : MM. JALAGUIER et DEJERINE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTIERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON AMI LE DOCTEUR LEBLOND,

Ex interne des Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

INTRODUCTION

La tuberculose est de toutes les maladies celle qui fait le plus de victimes dans les villes et dans certaines campagnes ; elle n'épargne aucune classe et les pauvres lui payent le plus lourd tribut. En 1884, par exemple, sur 56,970 décès à Paris, environ 15,000 (plus du quart) sont dus à la tuberculose.

Si les tuberculeux sont si nombreux c'est que la phtisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme le public le croit à tort ; car, les médecins à l'époque actuelle comptent, parmi les maladies tuberculeuses, bon nombre d'affections autres que la phtisie pulmonaire.

La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagieuse, transmissible, causée par un microbe, le bacille de Koch.

En dehors de la transmission héréditaire directe, ce microbe pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l'air inspiré, par la peau et les muqueuses, à la suite d'écorchures, de piqûres, de blessures et d'ulcérations diverses.

Les causes de cette terrible affection sont excessivement multiples, nous ne citerons pour n'évoquer que certaines affections des voies respiratoires : rougeole, variole, bronchite aiguë et chronique, grippe, pneumonie, coqueluche, scrofule, lymphatisme, certains états constitutionnels provenant

du diabète, de l'alcoolisme, de la syphilis, etc. ; l'affaiblissement de l'économie par toutes les causes dépressives : les *grandes douleurs provoquent la stupeur*, dit Sénèque (1), et mènent à la phtisie par infection ; la privation d'air pur, la misère physiologique, les travaux excessifs, l'insuffisance d'air et de nourriture, la contagion sous toutes ses formes, par alimentation, par cohabitation avec des tuberculeux, par inhalation, etc., l'hérédité, etc.

Pour lutter efficacement contre une maladie dont les manifestations sont si redoutables, et dont les causes sont si nombreuses et si faciles, nous n'avons pas trop de tous nos efforts, de toute notre volonté. Il faut donc nous ingénier à découvrir à ses débuts, que dis-je, à prévoir la tuberculose, avant ses différentes *manifestations* et à tenter de faire un diagnostic précoce ; « car, le diagnostic précoce de la tuberculose est du plus haut intérêt et présente des avantages considérables dans les deux cas suivants : quand la tuberculose est à la période d'invasion, car une thérapeutique active et une hygiène bien comprise peuvent enrayer la maladie à cette époque, et aussi lorsque le processus tuberculeux est arrivé au stade de sclérose (tuberculoses latentes).

« Convient-il d'attendre un diagnostic de certitude pour écrire une ordonnance ? Un diagnostic de probabilité me semble suffisant, dit M. Grancher (2), et il vaut mieux pécher par excès d'action que par inertie, car il faut gagner

(1) Sénèque. « Curæ lœves loquuntur, ingentes stupent. »

(2) Grancher. Maladies de l'appareil respiratoire, 1890.

de vitesse et ne pas perdre un jour, si l'on veut obtenir de bons et solides résultats. Le malade n'a rien à perdre d'un traitement où l'hygiène, l'alimentation, les toniques seront puissamment recommandés, tandis que le manque d'action fera perdre un temps précieux, absolument irréparable dans le cas où le diagnostic se sera fait attendre.

Nombre de médecins se prononcent seulement à l'apparition des craquements, il est déjà tard ; ils s'endorment dans une sécurité trompeuse, parce que les signes de la tuberculose ne leur semblent pas assez manifestes, ils perdent ainsi un temps précieux pour le traitement. Ils ont tort, dit M. Grancher (1) et cependant tous sont d'accord pour ne pas temporiser et ils pensent qu'il est d'une absolue nécessité d'entreprendre un traitement aussi prompt et aussi énergique que possible. « A l'apparition des craquements, en effet, c'est déjà la fin du processus anatomique, le ramollissement des tubercules, l'excavation et l'apparition en quantité considérable des bacilles dans les crachats. »

Il faut donc nous efforcer de reconnaître la phtisie sous les aspects changeants si nombreux qu'elle peut affecter ; « il faut, pour cela, observer beaucoup, bien ausculter et ne pas toujours compter sur la présence ou l'absence des bacilles dans les crachats (2), qui fait que par cette habitude détestable on recule le diagnostic à la période d'ulcération et d'élimination » (3).

(1) Grancher, *loc. cit.*

(2) L'apparition des bacilles dans les crachats, comme l'albumine dans l'albuminurie, comme le sucre dans le diabète, est parfois intermittente.

(3) Grancher, *loc. cit.*

Il ne faut pas croire, non plus, trop tôt à une guérison, par suite de l'amendement de certains phénomènes généraux ; les trêves ne sont pas rares dans l'évolution de la tuberculose chronique, et il n'est pas rare non plus de voir la maladie reprendre son cours à la suite de certaines fatigues ou excès, surmenage ou à la suite de grippe, de scarlatine, de traumatisme, de chlorose ou d'infection quelconque.

C'est par l'étude des symptômes que nous obtiendrons ces résultats. Souvent, longtemps avant l'apparition des bacilles dans les crachats, les signes physiques donnés par l'auscultation et la percussion, les commémoratifs, les symptômes généraux nous mettent sur la voie d'un diagnostic de probabilité, sinon de certitude.

Ce diagnostic s'impose donc car les tuberculeux sont bien nombreux, et les procédés d'investigation ne seront jamais trop pour observer ces malades porteurs de foyers tuberculeux en cours d'évolution, ou de foyers latents qu'une maladie étrangère va réveiller, tuberculoses latentes que l'on reconnaît aux autopsies sous forme de tubercules crétacés et enkystés, disséminés dans le parenchyme pulmonaire, de dégénérescence fibro-caséuse, de ganglions bronchiques ou mésentériques ; car ces foyers, mal éteints, contiennent encore des spores, éléments viables, « véritable étincelle couvant sous la cendre, menace perpétuelle pour l'individu. »

C'est pour aider au diagnostic que nous allons nous occuper, dans notre travail, de tous les symptômes connus du début de la tuberculose pulmonaire, symptômes comprenant la *période pré-germinative* de Grancher, et la période

de début, ou *période de germination et d'agglomération* des tubercules (*période de crudité* de quelques auteurs). Après avoir décrit ce qui a été dit sur l'*habitus extérieur* des sujets prédisposés à la tuberculose, nous parlerons rapidement des tuberculoses extra-pulmonaires, et nous étudierons ensuite tous les symptômes, successivement, dans les grands appareils, nous conformant en ceci à la description donnée par MM. Hérard, Cornil et Hamot, dans leur « *Traité de la Phtisie pulmonaire* ».

HABITUS EXTÉRIEUR

Le début de la tuberculose pulmonaire est le plus souvent insidieux ; même dans les formes les plus accusées, il arrive parfois que les phénomènes sont assez peu marqués pour ne pas fixer immédiatement l'attention de l'observateur le plus expérimenté ; cette maladie peut quelquefois revêtir les apparences d'une toute autre affection, et ses débuts sont assez fréquemment marqués par des symptômes en apparence étrangers à l'évolution de la tuberculose du poumon.

Il est assez commun de rencontrer des malades venant nous consulter et se plaignant de symptômes autres que ceux qui ont rapport à une lésion pulmonaire, et si l'attention n'est pas tout d'abord fixée par la vue de symptômes objectifs, nous pouvons négliger de faire un diagnostic immédiat.

En dehors de l'examen des poumons, on peut trouver soit au niveau de la peau, soit dans un organe quelconque, des indices de grande valeur, qui forment comme les signes présomptifs de la maladie : c'est *l'habitus extérieur*, qui a

son importance. Hippocrate et Arétée en ont fait, depuis des siècles, une magnifique description.

L'individu qui a le plus de chances de devenir tuberculeux est grand et svelte, maigre et délicat, le système musculaire est peu développé, les os sont grêles, le cou est allongé (*cou de cygne*), les oreilles sont détachées et fortement éloignées de la tête, les cheveux sont longs et soyeux, plus souvent blonds, très beaux ainsi que les cils et les dents dont la blancheur ressort vivement dans la physionomie; il peut aussi avoir les cheveux roux; en effet, d'après Landouzy et Dewevre (1), les roux et les rousses seraient prédestinés à la tuberculose; c'est à cette catégorie de sujets qu'ils donnent le nom de *type vénitien*. La peau est mince, blanche, transparente avec un réseau veineux très développé et très apparent (au bras surtout), les chairs sont molles et flasques, le visage est amaigri, les pommettes saillantes et colorées, les yeux sont enfoncés dans l'orbite et entourés d'un cercle bleuâtre bien accentué.

Il a l'air doux, la sclérotique a une teinte bleutée; le caractère est indolent, impatient, irritable, souvent mélancolique; le maintien est apathique, la démarche est lente et se fait tout d'une pièce; le thorax est étroit, les vertèbres se comptent, les espaces intercostaux sont élargis et enfoncés, les fosses sus et sous-claviculaires sont très profondes, les omoplates (*scapulæ alatae*) font une énorme saillie; il est

(1) Dewevre. De la prédisposition des roux à la tuberculose pulmonaire. Thèse, Paris, 1883.

impossible d'ausculter ce malade sans lui faire croiser les bras ; le système pileux est développé.

Il ne peut supporter la fatigue, le fait de marcher un peu vite, de porter un lourd fardeau, le rend essoufflé et faible ; l'altération de la voix est très fréquente.

Chez les filles, la menstruation est longue et difficile à s'établir.

Il souffre continuellement de malaise, de fatigue et de courbature dans les membres, et présente toute sorte de débilités constitutionnelles et physiques que Lorrain a désignées sous le nom de *féminisme* et d'*infantilisme* (aplasie artérielle).

Les doigts des tuberculeux présentent, dès le début de l'affection, une déformation spéciale qui s'accroît à mesure que la maladie fait des progrès, déformation connue sous le nom de *doigts en massue*, *doigts en baguette de tambour* ; dans ce cas, le doigt très amaigri paraît renflé au niveau des articulations, montrant la forme des os ; la pulpe des extrémités est élargie et l'ongle est recourbé en bec de perroquet.

Cette disposition des doigts peut exister avant que l'on puisse constater du côté des poumons un seul des signes de la tuberculose et elle est alors plus accentuée chez les tuberculeux héréditaires ; d'abord, elle débute ordinairement par l'incurvation des ongles, commençant par l'index, puis par le médium, le pouce, le doigt auriculaire et enfin l'annulaire.

Au fur et à mesure de ce travail pathologique, l'ongle devient pâle, exsangue par sa partie antérieure, et cette disposition est toujours plus accusée sur l'index que sur les

autres doigts qui sont pris plus tardivement; nous avons bien des fois observé, chez de très jeunes enfants, cette altération particulière et chaque fois l'hérédité tuberculeuse ne faisait aucun doute.

TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES

Parmi les signes de probabilité de la tuberculose pulmonaire, je ne puis omettre les tuberculoses locales extra-pulmonaires.

Aujourd'hui, les médecins (1) considèrent comme tuberculeuses un certain nombre de maladies aussi graves que la phthisie pulmonaire : certaines bronchites, rhumes, pleurésies, gourmes, lupus, scrofules, méningites, tumeurs blanches osseuses et articulaires, abcès à marche lente, orchites, salpingites, ulcérations de la peau, etc., etc., peuvent être tuberculeuses et comme telles sont la porte d'entrée de la tuberculose dans le poumon.

C'est ainsi que je pourrai citer comme affections précédant l'évolution des lésions pulmonaires tuberculeuses les *suppurations de l'oreille*; l'otite moyenne suppurée est tuberculeuse dans la moitié des cas (2); la *tuberculose larvée*

(1) Les travaux récents de Koster, Friedlander, Brissaud, Lannelongue, ont démontré que le lupus, les gommes scrofuleuses de la peau, les abcès froids, les adénites strumeuses, les tumeurs blanches, sont toutes de nature tuberculeuse.

(2) Laveran. Traité de pathologie.

des amygdales. M. Dieulafoy (1) a fait récemment, à ce sujet à l'Académie de médecine une communication sous le nom de *tuberculose larvée des amygdales*, d'hypertrophies aiguës ou chroniques des amygdales.

On verrait chez des enfants ou adolescents des angines aiguës, des pharyngites chroniques avec ulcérations, adénopathies consécutives qui ne sont que des formes de tuberculose locale; elles se généraliseraient plus tard par les vaisseaux lymphatiques ou veineux. Les engorgements ganglionnaires (*micropolyadénie de Marfan*) (2), les ganglions des régions profondes, du mésentère et du médiastin, ceux des régions superficielles, cou, aisselle, aîne, remarquables surtout dans le premier âge;

L'adénopathie bronchique, par son voisinage, occasionne l'altération du parenchyme pulmonaire qui ne reste pas toujours indemne; il subit des altérations tuberculeuses concomittentes ou consécutives à la phtisie ganglionnaire péribronchique.

« C'est un ganglion ramolli qui amène le contage ou un ganglion qui, par son hypertrophie, comprime l'artère pulmonaire ou une de ses branches, gêne sa circulation et détermine dans le poumon une anémie locale, que les recherches modernes ont montré être la cause du développement du tubercule. » Laveran (3).

(1) Semaine médicale, 30 avril 1895. Séance de l'Académie de médecine.

(2) Semaine médicale, 1888, p. 298. Legroux signale cette lésion sous le nom de micropolyadénopathie, que depuis plusieurs auteurs ont confirmé par leurs travaux anatomo-pathologiques et microbiologiques (Lesage, Norshrup, Simon, Guénoû, etc.).

(3) Laveran, *loc. cit.*

La *laryngite chronique* tuberculeuse peut être la première manifestation du vice constitutionnel ; « le fait est rare, dix observations de Krishaber. » Laveran ; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Cette affection est connue depuis longtemps, Morgagni, Borsieri, Laignelet, Pravaz l'ont décrite sans en soupçonner la nature diathétique.

En 1825, Louis (1) rapproche les ulcérations du larynx de la tuberculose pulmonaire. « Il faut considérer, dit-il, les ulcérations du larynx et surtout celle de la trachée-artère comme propres à la phtisie. » Andral (2), Barth (3) en parlent ; enfin Rokitansky (4) fait connaître le tubercule du larynx et avance que « l'ulcération tuberculeuse est la lésion la plus habituelle de la phtisie laryngée. » La laryngite catarrhale chronique qui, en diminuant la prise d'air et en modifiant les qualités de l'air inspiré, pourrait prédisposer à la tuberculose pulmonaire.

La *bronchite à rechutes* « dans le premier âge doit toujours faire soupçonner la tuberculose. » Marfan (5). La bronchite est souvent le début d'une tuberculose pulmonaire ; quand elle n'existe que d'un seul côté (*bronchite unilatérale*), si elle n'est pas occasionnée par la présence d'un corps étranger, l'existence d'un anévrysme de l'aorte ou de ganglions bronchiques, la broncho-pneumonie, si fréquente

(1) Louis. Recherches sur la phtisie. Paris, 1825.

(2) Andral. Clinique médicale, 1846.

(3) Barth. Ulc. des voies aériennes. Paris, 1843.

(4) Rokitansky, Handbuch der pathologischen anatomie. Wien, 1846.

(5) Semaine médicale, 13 septembre 1893. Marfan. Clinique médicale.

dans le jeune âge, est souvent de nature tuberculeuse. Rilliet et Barthez (1) prétendent que la broncho-pneumonie, suite de coqueluche, quand elle se déclare à la troisième période, doit faire craindre la tuberculose pulmonaire ou la tuberculisation ganglionnaire.

La *bronchite pseudo-membraneuse* que, d'après Laveran (2), on rencontre surtout chez les sujets chétifs qui ont eu plusieurs bronchites antérieures et qui sont prédisposés à la tuberculose.

La *dilatation des bronches* que Barth (3), puis Laënnec (4) ont indiquée comme prédisposant à la tuberculose ; tous les auteurs sont d'accord à ce sujet aujourd'hui.

La *pleurésie* ; presque toutes les pleurésies séreuses, une grande partie des hémorrhagiques, une partie des purulentes sont en réalité des pleurésies tuberculeuses. Landouzy (5) dit que, « 98 fois sur 100, les épanchements pleuraux, les pleurésies dites *a frigore* sont l'indice de tuberculose apparente ou cachée, et de ce que l'on n'est pas toujours en mesure de le prouver, il ne s'ensuit pas que cette tuberculose primitive n'existe pas. »

Kelsch et Vaillard (6) disent que « toute pleurésie qui n'est ni septique, ni rhumatismale, qui ne relève pas d'une dyscrasie des humeurs ou d'une dégénérescence cancéreuse

(1) Rilliet et Barthez. Maladies des enfants.

(2) Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales. (Laveran.)

(3) Recherches sur la dilatation des bronches. Soc. méd. d'obs., 1856. (Barth.)

(4) Traité de l'auscultation médicale. Laënnec.

(5) Landouzy. Gaz. des hôpitaux, 1884.

(6) Archives de physiologie, 1886.

de la plèvre est, dans l'immense majorité des cas, tuberculeuse. »

Toute pleurésie qui ne se montre pas franchement bénigne doit, suivant Landouzy (1), être considérée comme suspecte; car des pleurésies manifestement consécutives à un refroidissement, développées en apparence sur un terrain excellent, ayant eu un début franchement aigu, peuvent s'éterniser et se terminer par la tuberculose pulmonaire. Elles peuvent après des mois, des années de guérison apparente, être suivies d'une poussée tuberculeuse.

Les pleurésies sèches ou à faible épanchement doivent surtout attirer notre attention, et telles qui se localisent au sommet, sont souvent, pour ne pas dire toujours, certainement bacillaires.

Déjà Louis nous a démontré que les pleurésies doubles, quand elles ne tiennent pas du rhumatisme, étaient presque constamment tuberculeuses.

Ces pleurésies ont une tendance fâcheuse à créer des adhérences parfois épaisses et fibreuses, adhérences amenant une symphyse pleurale, appel constant pour de nouvelles poussées inflammatoires et occasionnant un des symptômes que nous étudierons plus loin sous le nom de *dépression sus-claviculaire*.

Que le médecin, surtout en présence de malades atteints de pleurésie, n'oublie pas de surveiller les sommets, car d'un moment à l'autre, il verra apparaître les signes certains d'une lésion tuberculeuse.

(1) Landouzy, *loc. cit.*

SYSTÈME NERVEUX.

Les *douleurs du thorax* sont très fréquentes pendant l'évolution de la tuberculose. Il faut les rapporter soit à des pleurésies partielles, soit à des névralgies intercostales. Ces douleurs se font sentir à la nuque, au niveau des clavicules, entre les deux épaules (*points de côtés des sommets de Peter*), dans les fosses sus et sous-épineuses où elles sont très fréquentes et très accusées, sur les parois latérales et inférieures du thorax, aux environs et au-dessous du mamelon ; elles sont fugaces, intermittentes ou permanentes, quelquefois spontanées, elles peuvent être réveillées par la pression ; la fatigue, la station assise, l'attention soutenue au travail paraissent les augmenter ; elles peuvent être provoquées par les mouvements de la respiration et par la toux.

Ordinairement, elles sont plus intenses du côté où siège la lésion pulmonaire.

Ces douleurs sont un phénomène de début de la tuberculose du poumon, et d'après Boulland (1), elles s'atténuent et

(1) In *Traité de médecine*. Charcot, Bouchard et Brissaud.

tendent à disparaître avec les progrès de la maladie, ce qu'il attribue à la destruction des extrémités nerveuses au niveau des cavernes.

On a signalé aussi une névralgie sus-orbitaire (Perroud (1), la névralgie sciatique (2), la névralgie faciale.

Le zona a été noté quelquefois comme précédant ou accompagnant l'évolution tuberculeuse (3).

Le caractère des malades devient morose, irritable, ils sont hypocondriques et mélancoliques ; la nuit leur sommeil est troublé, ils ont de l'agitation, des insomnies, des cauchemars.

L'hystérie est assez fréquente dans cette maladie, elle peut précéder les symptômes physiques, et quand elle existe avant l'affection, elle s'exagère avec les progrès du mal.

(1) Perroud. De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phthisie (Lyon médical, 1872).

(2) Peter. Clin. méd., tome II, 1879.

(3) Lemonnier de Flers communique les observations de 10 malades ayant eu un zona suivi de tuberculose : 5 de ces malades ne présentaient aucun symptôme de tuberculose avant l'apparition du zona ; un d'eux, atteint de zona ophtalmique, eut une méningite ; un autre, ayant eu une sciatique, eut une tuberculose génitale. Semaine médicale, 14 mai 1890.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

C'est une opinion commune dans le public de considérer les tuberculeux comme ayant l'instinct génésique surexcité. Le fait est peut-être vrai chez la femme, mais chez l'homme il est plus fréquent de le voir dédaigner les plaisirs vénériens dont le penchant diminue parallèlement aux forces. Louis (1) dit que la plupart des malades à qui il a demandé s'ils avaient un penchant à l'amour plus développé que pendant leur bonne santé, lui répondaient que « la question leur paraissait pour ainsi dire ridicule. »

Ce que l'on remarque le plus souvent, c'est chez la femme des troubles considérables dans la menstruation qui s'établit mal, puis se supprime d'un seul coup ; les règles sont irrégulières en quantité et ne paraissent plus aux dates ordinaires ; les avortements sont fréquents, la stérilité s'observe quelquefois, enfin les déplacements utérins ne sont pas rares.

Chez les tuberculeux au début on peut remarquer qu'ils se plaignent d'uriner fréquemment dans la journée ; nous

(1) Louis. Recherches sur la phtisie. Paris, 1825.

avons observé un de nos malades qui urinait à chaque instant du jour sans douleur, sans cuisson et sans que rien puisse faire prévoir une affection quelconque des organes génitaux urinaires; une de nos clientes, tuberculeuse à la première période, urinait au contraire peu dans la journée et très souvent la nuit.

L'analyse des urines fait constater un excès de matériaux solides (1), tantôt et le plus souvent une diminution de ces mêmes éléments. L'urée, les chlorures, l'acide phosphorique diminuent parallèlement à l'intensité de la marche de l'affection; l'urine diminue généralement de quantité. « La persistance des modifications qualitatives et quantitatives de l'urine indiquent l'évolution de la maladie » (2).

(1) Phosphaturie; la quantité de phosphate perdue par le phtisique au début de la maladie s'élève à 3 ou 4 grammes par litre.

(2) Dr Chiaïs de Menton. Congrès de la tuberculose, 2 août 1893.

APPAREIL DIGESTIF.

Le *liseré gingival* est un symptôme important et peu connu dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire : c'est un état particulier des gencives qui a été signalé à l'attention des médecins par les docteurs anglais Frédéricq et Thompson (1).

Tout récemment (2) un médecin russe, M. le Dr A.-A. Andreesen (3), a remarqué que ce liseré rouge des gencives était digne d'attirer notre attention, et un certain nombre d'observations lui a montré que ce signe avait une vieille valeur pour le diagnostic et le pronostic de la phtisie pulmonaire.

Le signe dont il est question consiste dans l'apparition sur le bord libre des gencives d'un liseré de coloration rouge plus ou moins vive, et qui tranche avec la couleur pâle du reste de la muqueuse gingivale.

(1) Semaine médicale. 6 août 1895

(2) Semaine médicale, 6 avril 1895.

(3) M. le Dr Andreesen exerce à Yalta, station sanitaire de la Crimée, où viennent séjourner bon nombre de tuberculeux.

Ce liseré, désigné sous le nom des deux auteurs Frédéricq et Thompson qui en ont parlé les premiers, a quelquefois un aspect festonné, sa largeur est variable ; elle ne présente parfois qu'une ligne très étroite située sur le bord de la gencive supérieure ou inférieure, d'autres fois sa largeur plus considérable peut mesurer un bon millimètre. Avec les progrès de l'affection, la couleur rouge du liseré s'accroît et peut devenir presque vermillon. Habituellement plus prononcé autour des incisives, il peut exister aussi au pourtour des molaires, formant une ligne plus ou moins interrompue sur le bord libre de la gencive ; il faut la rechercher avec soin, car nous l'avons vu n'exister qu'au pourtour d'une seule dent de la mâchoire supérieure ou inférieure ; quand le liseré est très prononcé, on remarque en même temps, que les gencives sont hypertrophiées. Le liseré de Frédéricq et Thompson est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et plus marqué à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure.

Le diagnostic différentiel de ce liseré avec la rougeur des gencives qui peut être produite par d'autres causes, se fait à l'aide des caractères suivants : la rougeur est beaucoup plus diffuse dans la gingivite occasionnée par l'influence du mercure ou de l'iode, ou si elle est limitée au bord libre des gencives, elle ne se perd pas aussi insensiblement dans la coloration des parties voisines ; on ne le confondra pas non plus avec le liseré saturnin dont la couleur est bleuâtre. Lorsque la rougeur des gencives est occasionnée par l'accumulation du tartre, l'aspect irrégulier, comme déchiqueté du rebord gingival, est un caractère distinctif suffisant.

Nous avons examiné, depuis un an, vingt-trois malades atteints de tuberculose pulmonaire ; sur ce nombre, dix-huit présentèrent le liseré en question.

Chez les jeunes sujets de 15 à 18 ans, le liseré apparaît beaucoup plus tôt, au début des accidents pulmonaires et même avant que l'auscultation n'accuse des signes physiques certains ; chez les personnes âgées, il apparaît à une époque plus avancée de la maladie. Quand il apparaît avant les signes stéthoscopiques donnés par le poumon, son apparition est rapidement suivie de l'explosion de tuberculose avérée.

La coloration rouge plus accentuée du liseré, paraît coïncider avec une allure plus rapide de la maladie ; en effet, chez les malades qui présentaient l'existence du liseré de Frédéricq et Thompson, la tuberculose a revêtu une forme plus grave et une marche plus aiguë, tandis que dans les cas où il n'existait pas, l'évolution du mal s'est faite avec lenteur et d'une manière relativement bénigne.

D'après les observations du D^r Andreesen, toutes les fois qu'une amélioration dans l'état général ou dans l'état local de la tuberculose pulmonaire s'est effectuée, le liseré aurait perdu sa coloration et aurait pâli, sans pourtant disparaître complètement. Par contre, il a pris une teinte plus prononcée chaque fois que l'état général s'est aggravé, que la fièvre s'est établie et qu'il s'est produit une recrudescence dans les lésions du poumon ; nous avons pu constater chez six de nos malades le bien fondé de ces observations et nous croyons que l'on pourrait par suite formuler les conclusions suivantes :

1^o Le liseré de Frédéricq et Thompson est un signe presque infailible de tuberculose.

2^o Quand il existe, et qu'on est incertain du diagnostic, on peut redouter l'apparition prochaine des manifestations pulmonaires.

3^o Si dans le traitement des tuberculeux, le liseré d'abord existant, tend à disparaître sous l'influence de la médication instituée, c'est un signe d'amélioration, et il est suffisant pour faire porter un pronostic moins sombre.

4^o Lorsque le liseré, développé d'abord autour des incisives, s'étend graduellement au tour des molaires malgré le traitement employé, le pronostic est défavorable, et il est fatal rapidement, lorsque la coloration du liseré passe du rouge vif au rouge sombre ou pourpre.

5^o Quand le liseré n'existe pas, quels que soient les symptômes généraux, il est permis de supposer que la santé n'est pas profondément altérée et qu'une médication appropriée pourra ramener le malade à un état de santé relatif, que la maladie sera beaucoup plus lente dans son évolution et qu'on pourra avec succès tenter de lutter pour retarder le développement des tubercules pulmonaires.

Il est bon de remarquer que le liseré gingival de Frédéricq et Thompson n'est pas exclusivement spécial aux sujets atteints de tuberculose pulmonaire; chez les femmes enceintes indemmes de cette maladie, on observe parfois un liseré gingival analogue à celui des tuberculeux.

La présence du liseré rouge chez la femme ne devra donc faire songer à la tuberculose, que si cette femme n'est pas enceinte ou si elle n'est pas dans l'état de puerpéralité.

En 1852, Bourdon (1) avait déjà attiré l'attention sur les *symptômes gastriques* du début de la phtisie; plus tard Cornillon (2) dit que si l'on pouvait suivre longtemps les malades qui se plaignent de troubles digestifs, on verrait que des troubles que l'on aurait pu croire indépendants de toute maladie diathésique, couvaient en réalité une tuberculose pulmonaire. Marfan (3) a spécialement étudié cette question et divise les gastropathies des tuberculeux en deux parties; celles du début, *syndrome gastrique initial*, et celles de la fin, *gastrite terminale*; nous ne nous occuperons que de la première.

Cette affection précède quelquefois les signes certains de l'affection pulmonaire (Louis (4), Andral (5), Bourdon (6), mais dans la majorité des cas, l'éclosion des troubles de l'estomac et des lésions pulmonaires est simultanée.

La gastropathie du stade initial de la tuberculose se fait d'abord reconnaître par les modifications de l'appétit qui devient affaibli, capricieux, offrant de nombreuses variations; certains aliments sont quelquefois encore tolérés, mais bientôt l'anorexie devient presque absolue; les digestions sont lentes et pénibles. « L'estomac est constamment douloureux, pénible, distendu, et les douleurs à forme gas-

(1) Bourdon, Soc. med. des Hôpitaux, 1852.

(2) Cornillon, Progrès médical, 1878.

(3) Marfan, Troubles et lésions gastriques de la tuberculose pulmonaire, thèse, Paris, 1887.

(4) Louis, *loc. cit.*

(5) Andral, *loc. cit.*

(6) Bourdon, *loc. cit.*

tralgique subissent après les repas une exagération marquée (1) ».

Le malade souffre de pyrosis, de régurgitations acides, puis la toux apparait bientôt, *toux gastrique* accompagnée de vomissements.

Cette dyspepsie très tenace du début de la phtisie, doit attirer toute notre attention, certains malades ne venant nous consulter que pour des malaises faisant suite aux repas, sans se douter qu'ils sont sous le coup d'une menace de tuberculose.

« Lorsque vous verrez, dit M. Potain, apparaître concurremment chez des malades des vomissements et de la toux, que nul autre phénomène cardiaque, circulatoire ou pulmonaire, ne vous donnera l'explication de ces symptômes et, que d'autre part, ces accidents ne seront que peu ou pas influencés par le traitement, et s'accompagneront d'amai-grissement, vous devez craindre l'évolution à plus ou moins longue échéance d'une tuberculose pulmonaire (2) ».

La toux gastrique définie par M. Marfan (3) « la toux qui survient après l'ingestion alimentaire, la toux qui semble causée par le contact des aliments avec la muqueuse gastrique » s'observe plus fréquemment après les repas du soir ; le malade est alors pris de quintes de toux immédiatement suivies de vomissements (*toux émétisante*).

On a remarqué depuis longtemps déjà que les *vomissements* accompagnaient fréquemment la tuberculose ; déjà

(1) Potain, Clin. méd. Sem. méd. 1893, page 432.

(2) Potain, Clinique médicale. Semaine médicale, page, 433, 1893.

(3) Marfan, *loc cit.*

en 1737 (1), Morton disait » que la disposition à vomir, jointe à la toux, est un des signes pathognomoniques de la phtisie ».

Aussitôt qu'un aliment est introduit dans l'estomac, une toux sèche, quinteuse, fatigante, survient et ne cesse qu'après le rejet du contenu de l'estomac; « la digestion fait tousser et la toux fait vomir; il y a là un cercle vicieux caractérisant le phénomène que l'on a appelé la toux gastrique » (2).

Les vomissements ne sont pas réguliers, ils disparaissent des jours et des semaines pour reparaître plus tard; nous avons constaté chez deux de nos malades qu'ils pouvaient avoir lieu sans les quintes de toux prémonitoires; ces vomissements qui comprenaient tous les aliments du dernier repas, avaient lieu sans effort, sans malaise, et le malade se trouvait considérablement soulagé aussitôt qu'ils étaient effectués; les matières vomies sont presque toujours des aliments et des aliments non digérés.

Les signes objectifs de cette gastropathie sont tout particuliers : la langue est presque toujours nette, lisse et humide, même lorsque le malade a de la fièvre; mais chez certains tuberculeux, on peut observer une langue constamment chargée quoique humide, symptomatique de l'embarras gastrique concomittant.

On peut aussi remarquer chez des tuberculeux au début un embarras gastrique avec fièvre et courbature générale,

(1) Morton Richard, *opera omnia*, Lyon, 1737.

(2) Potain, Clin. méd. Hôpital de la Charité.

tenant le malade au lit pendant quelques jours ; ces mouvements fébriles survenant inopinément sans cause bien connue, ont été attribués à une inflammation légère du poumon, symptôme d'une invasion bacillaire.

L'inertie et la dilatation de l'estomac chez les phtisiques au début, ont été spécialement étudiées par M. Marfan (1) qui a conclu ainsi : 1° « que le bruit de clapotage tantôt ne s'entend pas au-dessous d'une ligne qui va de l'ombilic au rebord des fausses côtes gauches (*ligne de Bouchard*), mais il s'entend aussi bien à jeun qu'après le repas ; ceci prouve que l'estomac n'expulse pas son contenu dans le délai voulu à travers le pylore ; l'estomac est inerte et non encore dilaté ;

2° Que tantôt ce bruit s'entend aussi bien à jeun qu'après les repas au-dessous de la ligne de Bouchard, alors l'estomac n'est pas dilaté ».

La dyspepsie initiale du début ne dure pas toujours, elle s'amende considérablement et même disparaît complètement pour reparaitre à la fin de la maladie (*gastrite terminale*).

Les accidents intestinaux sont très communs dans l'évolution de la tuberculose, aussi fréquents que les accidents gastriques, surtout chez les enfants. La diarrhée bien connue à la période ultime de la maladie, peut apparaître quelquefois dès les débuts des accidents pulmonaires, semblant même les précéder dans certains cas, pour persister jusqu'à la fin et durer ainsi plusieurs années ; c'est la *diarrhée de long cours* de Louis.

Cette *diarrhée* se manifeste souvent en même temps que

(1) Marfan, *loc. cit.*

les accidents gastriques qui répondent à ce que M. Potain appelait *dyspepsie initiale gastrique*; elle se présente par une augmentation dans la fréquence des selles, sans cause appréciable; elle persiste plusieurs jours, cesse pour un temps plus ou moins long, puis reparait. Les selles sont peu abondantes, plus molles et ne s'accompagnent pas de douleurs; d'autres fois néanmoins les coliques apparaissent en même temps, il y a alors altération de la muqueuse intestinale, ce qui n'existe pas dans le premier cas, où c'est plutôt un trouble fonctionnel de l'intestin analogue aux vomissements réflexes de la première période.

Le cœcum peut être pris seul, alors les accidents sont très précoces. « Il peut, dit M. Potain (1), survenir chez certains individus des poussées de typhlite, on ne sait à quoi les attribuer; la tuberculose du poumon ne semble pas en cause; cependant si les poussées sont fréquentes, si le cœcum reste douloureux dans l'intervalle des accès, si le malade maigrit d'une façon progressive, il faut, comme Lasèque l'a fait remarquer, soupçonner ou prédire la tuberculisation ».

La *constipation* est assez fréquemment constatée pendant les premiers symptômes de la tuberculose.

Les fistules à l'anús s'observent aussi au début de cette maladie.

Le foie et la rate peuvent rester indemnes à la première période de l'évolution tuberculeuse; *l'hypertrophie du foie* existe cependant dans certains cas, surtout dans le premier âge (2).

(1) Potain, Clin. médicale. Hôp. de la Charité, 11 octobre 1893.

(2) Marfan Sem. méd., 13 sept. 1893.

APPAREIL CIRCULATOIRE.

Chez la femme, une *anémie* plus ou moins profonde, semblable à la vraie chlorose se produit dès le début ; l'*aménorrhée* l'accompagne et la suppression des règles est un des symptômes les plus constants de la tuberculose féminine. Cette anémie est presque inséparable de la tuberculose pulmonaire ; on les remarque presque toujours ensemble ; elle peut précéder de longtemps l'apparition des symptômes pulmonaires accusés. Pour Hanot (1), comme du reste pour Trousseau, déjà la tuberculose et la chlorose sont de la même famille, et la chlorose est la source la plus habituelle de la tuberculose.

Avec la chlorose survient la *tachycardie* ; les palpitations du cœur apparaissent sans cause, brusquement ; tantôt, au contraire, la moindre émotion, la plus petite contrariété, un effort, une marche un peu rapide, ou l'action de gravir une pente, un escalier, les provoquent ; elles sont fréquentes à la suite des repas, et la nuit elles empêchent le malade de

(1) Presse médicale, 6 janvier 1894.

dormir; elles s'amendent par l'exercice et avec les progrès de la maladie.

Ces bruits du cœur fatiguent, agacent le malade « qui ne sent pas seulement battre son cœur, souvent il l'entend » (1); ils s'entendent à travers le poumon, plus loin qu'à l'état normal et surtout dans le point opposé à la région précordiale.

Le pouls est ordinairement très accéléré; subordonné quelquefois à l'état fébrile, parfois pour certains auteurs, complètement indépendant, il est bien rare qu'il ne se trouve pas au-dessus de la normale (2).

La *fièvre*, symptôme important de la tuberculose pulmonaire, peut manquer quelquefois à la période initiale, mais le plus souvent elle débute avec les accidents; Andral (3) et Grisolle l'ont indiqué il y a longtemps. L'altération thermométrique, de un degré à un degré et demi existe vers 4 à 5 heures du soir; elle est rarement précédée d'un frisson, mais les malades se plaignent de malaises, d'horripilation, de sécheresse de la peau des mains et des pieds qui sont froids le soir et brûlants le matin; ils ont souvent envie de dormir.

La constatation de cette fièvre s'ajoutant à quelques-uns

(1) Laënnec. Traité de l'auscultation médiate.

(2) Arthaud. (Congrès de la tuberculose, août 1893) en se basant sur l'accélération du pouls a divisé les tuberculeux en 4 catégories, suivant qu'ils ont perdu $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ ou un poumon.

$\frac{1}{4}$ de poumon perdu	donne	90 pulsations.
-------------------------------	-------	----------------

$\frac{1}{2}$	—	—	100	—
---------------	---	---	-----	---

$\frac{3}{4}$	—	—	110	—
---------------	---	---	-----	---

1	—	—	120	—
---	---	---	-----	---

(3) Andral *loc. cit.*

des symptômes précédemment étudiés, aide beaucoup au diagnostic ; l'accès fébrile vespéral se termine souvent la nuit par des sueurs très abondantes, plus marquées à la poitrine et aux membres inférieurs, où, selon Pidoux (1), elles semblent faire pousser des poils (2).

Cette *fièvre de tuberculisation* (Jaccoud (3), Sydney, Ringer (4), augmente avec une nouvelle poussée granuleuse et s'apaise si l'affection reste stationnaire ; elle a fait diviser les phtisiques en deux catégories, *les fébricitants et les non-fébricitants* : les premiers chez lesquels la maladie est plus grave et plus rebelle, les seconds chez lesquels il y a possibilité de guérison.

Peter (5) a fait remarquer que la température locale s'élevait partout où il y avait des tubercules et que cette élévation thermique était très significative, principalement dans les points homologues des sommets du poumon.

A la fièvre correspond *l'amaigrissement* qui très souvent précède toute manifestation tuberculeuse ; il débiterait chez la moitié des malades avec les premiers indices de la maladie (6). Cet amaigrissement souvent rapide s'explique assez difficilement ; il peut être, dans certains cas, mis sur le compte des antécédents morbides dont nous venons de parler, mais ordinairement il est absolument primitif. « Dès le début, dit Grisolle (7), l'amaigrissement peut être extrême,

(1) Pidoux. Études générales et pratiques sur la phtisie, 1874.

(2) *Ubi sudor, ibi malum* (Hippocrate).

(3) Jaccoud. Leçons sur le traitement de la phtisie pulmonaire.

(4) Ringer. Med. Times and Gaz., 1868.

(5) Peter, *loc. cit.*

(6) Louis, *loc. cit.*

(7) Grisolle. Arch. gén. de méd., 1850.

il devient comparable à celui produit par le cancer de l'estomac, et doit toujours donner l'éveil ».

Les *épistaxis* ne sont pas rares au début de la phtisie ; elles se montrent souvent comme phénomène prémonitoire de la maladie ; elles peuvent survenir à n'importe quel moment de la maladie.

Chez les individus prédisposés à la tuberculose les veines sont *excessivement* dilatées ; celles du bras, la *basilique*, la *céphalique* et la *médiane basilique* sont turgescentes et forment des cordons bleuâtres facilement visibles ; les veines de la jambe sont moins souvent proéminentes que celles du bras.

La *phlébite* peut être précoce chez les tuberculeux ; fréquente à la période ultime de la maladie, elle a été plusieurs fois remarquée dès les débuts. Hitz (1) a observé un certain nombre de faits cliniques qui prouvent que les thromboses ne sont pas toujours de nature cachectique et qu'on peut les noter au début de l'affection pulmonaire, alors que la santé est à peine altérée ; d'après le même auteur, cette phlébite précoce a une durée très courte, ne dépassant guère trois semaines, et la forme non oblitérante ou plutôt périphlébique, semble plus fréquente que la forme oblitérante.

(1) Semaine médicale, 13 juin 1894.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Exception faite des cas assez rares où dès le début de l'affection pulmonaire, il est déjà possible de déceler la présence du bacille spécifique, jusqu'à présent tous les symptômes étudiés sont assez vagues et assez obscurs pour aider à faire un diagnostic certain ; l'appareil respiratoire nous donne des symptômes qui sont suffisants par eux-mêmes pour pouvoir porter un bon diagnostic.

Les symptômes qu'il fournit coexistent d'habitude avec ceux que nous venons d'étudier, dès les premiers moments ; ils peuvent être à peine appréciables ou nuls, alors même que la santé est déjà très altérée ; mais aussitôt qu'ils prennent place dans le cortège symptomatique, ils aident puissamment à faire cesser toute hésitation.

Nous classerons ces symptômes en fonctionnels et physiques ; ces derniers sont de tous les plus sérieux, et sont capables à eux seuls de fournir la démonstration absolue qui, autrefois, échappait au clinicien.

Symptômes fonctionnels. — La *toux* ne manque jamais, c'est un des premiers symptômes sinon le premier de la phtisie pulmonaire : « Un individu qui ne tousse pas, n'est

pas un phtisique » disait Lasègue ; il est cependant des malades qui ne toussent jamais pendant toute l'évolution de la tuberculose.

« Cette toux est brève, sèche, composée d'une seule saccade ou de deux tout au plus, produite sans presque aucun effort et comme naturellement, non accompagnée d'accès, ni de sentiment d'étouffement, surprenant quelquefois le malade au milieu d'une phrase ; hors de ce cas elle s'échappe en quelque sorte de la poitrine par un petit mouvement convulsif, sans que le malade s'en aperçoive (1). » Elle survient dans la journée par intervalles plus ou moins éloignés, augmente d'intensité vers le soir, et en général pendant les élévations fébriles de la température et pendant le sommeil ; elle peut cesser au milieu de la nuit pour reprendre le matin ; très fréquente et très marquée chez les névropathes, lorsqu'elle est accompagnée d'adénopathie bronchique, ce n'est plus une toux sèche, hystériforme, mais bien une toux quinteuse, coqueluchoïde (2).

La petite toux sèche du début passe souvent inaperçue du malade et de son entourage ; les malades se plaignent plutôt d'un chatouillement, d'un grattement agaçant de la gorge ; ils mettent leur toux sur le compte du larynx et ne s'en inquiètent pas autrement.

La toux n'est souvent aussi que le résultat d'un rhume ou d'une bronchite concomittantes ; car la tuberculose débute fréquemment par un rhume ; Laënnec et G. Sée ont

(1) Fournet. Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phtisie pulmonaire, 1839.

(2) Guéneau de Mussy. Clin. méd., 1874.

dit que les individus qui ont un rhume négligé ne devenaient pas tuberculeux, ils l'étaient déjà, et Stoll : « Un rhume négligé est une phtisie commencée. »

La toux s'accompagne à un certain moment, d'une *expectoration* plus ou moins abondante, généralement mousseuse ou visqueuse ; d'autres fois elle est opaque et assez adhérente au fond du vase qui la reçoit ; à la période de crudité des tubercules les crachats sont quelquefois striés de sang.

Quand l'expectoration est très abondante, elle est d'un mauvais présage. Il faut observer avec soin la totalité de la masse expectorée dans la journée, car on peut y trouver une petite parcelle purulente dont l'examen bactériologique décèlera le bacille de la tuberculose, adjuvant précieux pour le diagnostic précoce.

L'*altération de la voix* est un des signes du début de la phtisie ; on observe souvent de l'aphonie ou plutôt de la dysphonie (voix discordante, bitonale, rauque, enrouée) remarquable surtout à la fin de la journée ou quand les malades sont fatigués. Il faut surveiller attentivement les troubles de la voix très tenaces, si on ne peut les rattacher à toute autre cause que la tuberculose, car la phtisie laryngée précède parfois la phtisie pulmonaire et ses lésions sont très gênantes pour l'auscultation en ce qu'elles empêchent la production des phénomènes stéthoscopiques.

Nous arrivons maintenant à un des symptômes les plus importants de la période initiale de la phtisie, l'*hémoptysie* ; quoique observée de tout temps, à toutes les périodes, c'est quelquefois le seul signe révélateur de la maladie.

Elle peut se produire au milieu de la santé la plus florissante, ou chez des sujets qui, depuis quelque temps, ont une

petite toux sèche. Elle peut précéder de longtemps toutes les autres manifestations de la tuberculose, des mois, des années ; elle se produit sans cause connue, une émotion, la fatigue, le moindre effort, un bain, une chaleur exagérée peuvent la faire paraître ; quelquefois elle est précédée de frissons, de fièvre et de courbature. Elle peut apparaître à l'insu du malade qui rejette un crachât présentant des stries sanglantes, mêlées à la salive et au mucus ; le crachat est parfois peu coloré et, si l'attention n'y est pas portée, cette coloration passe inaperçue : c'est là l'*hémoptysie légère* ; mais d'autres fois elle est abondante, le malade surpris, épouvanté, peut rendre jusqu'à 500, 1,000 grammes de sang liquide, rouge spumeux, c'est l'*hémoptysie à flots*. Les jours suivants, elle peut continuer, mais quand elle cesse, il y a pendant quelque temps encore crachements de petits caillots sanguins noirâtres, reliquats de l'hémorrhagie bronchique, car le sang qui s'était coagulé dans les bronches est évacué peu à peu.

Les hémoptysies peuvent se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés, une ou plusieurs fois ; rarement le phtisique succombe à l'hémoptysie de la première période, car elle n'est jamais assez abondante pour amener la mort du malade ; elle ne paraît pas non plus influencer l'allure de l'affection. Néanmoins, il est des cas où elle est le symptôme le plus accentué de la maladie qui marche rapidement vers la fin.

G. Sée (1), Hugueny (2) et Cochez (3) ont trouvé le

(1) G. Sée. Diagnostic des phtisies tuberculeuses par les crachats (acad. de méd. 1883).

(2) Hugueny. Du bacille de la tuberculose. Th. Nancy, 1883.

(3) Cochez, De la recherche du bacille de la tuberculose. Th. 1884.

bacille de Koch dans le sang des hémoptysies précoces.

A la suite des hémoptysies, les signes physiques et les symptômes fonctionnels peuvent se développer immédiatement. L'hémoptysie se rencontre chez les 2/3 des phthisiques et elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Il y a des cas où l'hémoptysie est complémentaire ou supplémentaire; elles apparaissent tous les mois chez des femmes dont les règles sont supprimées; dans la majorité des cas ces hémoptysies supplémentaires surviennent chez des femmes tuberculeuses.

On a remarqué que l'*haleine* des tuberculeux offrait une odeur particulière *sui generis*.

D'après le Dr O. Rosenbach (1), cette haleine assez semblable à celle que l'on observe dans les cas légers de bronchite putride, constituerait un signe défavorable au point de vue du pronostic. Cette odeur est surtout remarquable à la dernière période de la maladie, mais au début quoique moins accentuée, elle n'en frappe pas moins l'attention de l'observateur.

Quinquaud (2) a fait remarquer qu'à la 1^{re} période l'*exhalation de l'acide carbonique* était souvent augmentée assez faiblement, il est vrai; elle allait en croissant jusqu'à la 3^e période où elle peut atteindre 1 gramme, 1 gr. 12 par kilogramme et par heure.

La *dyspnée* est un symptôme très remarquable du début de la tuberculose pulmonaire, pouvant se montrer avant

(1) Semaine médicale, 19 juillet 1893.

(2) Semaine médicale, 16 octobre 1889.

tous les autres phénomènes, elle devient surtout prédominante dans la phtisie aiguë.

Le malade se plaint de respirer avec difficulté; cette dyspnée se traduit par un sentiment d'oppression à la partie moyenne de la poitrine, quelquefois la gêne de la respiration se faire sentir plus d'un côté que de l'autre. Elle est plus accusée chez les personnes douées d'une grande excitabilité nerveuse, les femmes et les enfants; elle devient plus appréciable sous les efforts de la toux et de la réplétion de l'estomac.

Il y a des sujets chez lesquels, sans explication bien connue, cette dyspnée, peu marquée dans le jour, augmente la nuit sous l'influence des changements de température ou du décubitus dorsal, sous forme d'asthme; c'est la *phtisie asthmatique* de G. Sée et Pujade.

Chez les enfants où les ganglions bronchiques sont altérés dès les débuts et compriment le pneumogastrique, on observe des crises violentes d'orthopnée avec toux coqueluchoïde.

Il est un fait certain, c'est que chez un sujet atteint de dyspnée que l'on ne pourra attribuer à aucun état morbide des bronches, du cœur ou des gros vaisseaux, et dont l'état général deviendra mauvais sans cause connue, il faudra le soupçonner entaché de tuberculose pulmonaire.

A l'aide du pneumographe, on peut enregistrer certaines anomalies de la respiration, lorsque la dyspnée subjective est minime; la fréquence des mouvements respiratoires, la diminution de leur étendue, l'inégalité du rythme sont aisément reconnus ainsi.

On s'est servi du *spiromètre* pour montrer et prouver que la diminution de la capacité respiratoire est un des pre-

mier signes de la tuberculisation; Hutchinson et plus tard Lasègue (1) ont signalé les modifications produites par la tuberculose dans les capacités vitales respiratoires. Fabius, Hecht (2), Schutzenberger, Bonnet de Lyon ont fait remarquer que la diminution de la capacité pulmonaire était en rapport avec l'accroissement des lésions pulmonaires, et demandent avec insistance l'examen spirométrique.

Néanmoins, malgré les nombreuses observations de Faivre de Lyon (3) et bien que G. Sée dise qu'on devrait utiliser la spirométrie pour suivre l'amélioration ou l'aggravation des lésions, elle est assez peu pratique et peut-être pour cela est-elle un peu délaissée.

Symptômes physiques. — L'inspection de la poitrine permet de constater que, pendant le cours de la phtisie, le thorax subit des *déformations vicieuses* d'autant plus accusées que la maladie progresse. Suivant certains auteurs la déformation thoracique serait antérieure au développement des tubercules dans le tissu pulmonaire : elle peut être générale ou partielle. Hirtz (4) disait que chez les phtisiques, la poitrine se rétrécit au début de l'affection et même avant les premières manifestations de la tuberculose, que ce rétrécissement augmente avec la maladie et que la poitrine cylindrique au début devient conique mais en sens inverse de ce qu'elle est à l'état normal.

Serrailier (5), après examen de 60 phtisiques, conclut en

(1) Lasègue. Arch. gén. de méd. 1855.

(2) Hecht. Th. de Strasbourg, 1855.

(3) Faivre. Soc. méd. de Lyon, 1864.

(4) Hirtz, Thèse de Strasbourg, 1836.

(5) Serrailier. Th. Paris 1867.

disant que plus de la moitié des phtisiques ont la poitrine régulièrement conformée, que dans l'autre moitié la forme cylindrique prédomine, et que chez un très petit nombre, la poitrine est plus rétrécie au sommet qu'à la base.

L'inspection nous permettra de remarquer les dépressions que peuvent présenter les tuberculeux au début, surtout les dépressions sus et sous-claviculaires.

La *dépression sus-claviculaire* existe normalement chez les sujets non tuberculeux; à chaque mouvement inspiratoire, on remarque une dépression dans la région sus-claviculaire, dépression qui est égale des deux côtés, mais lorsqu'un des deux côtés est en voie de tuberculisation, on peut constater, dans un bon nombre des cas (1/3, d'après le docteur Revillet) (1), que cette dépression inspiratoire est plus accusée du côté malade.

Ce phénomène est facile à observer lorsque la région sus-claviculaire est suffisamment éclairée par un jour frisant le bord supérieur de la clavicule; il est occasionné par une symphyse pleuro-pariétale, résultat d'une pleurésie adhésive au niveau des sommets des deux poumons.

Ce signe a une réelle importance au point de vue clinique, à la période de phtisie occulte de Bayle ou de germination des tubercules de Grancher, où le diagnostic de la tuberculose pulmonaire présente une réelle difficulté. Les tubercules peuvent ne siéger que dans la plèvre du sommet et l'auscultation de cette région qui ne peut se faire qu'à distance et à l'aide du stéthoscope, peut laisser échapper bien

(1) Revillet. Sem. méd. 4 octobre 1893.

des nuances à l'oreille; c'est la région où le poumon s'élève et s'abaisse presque sans glissements et les bruits de frôlement et de glissement peuvent ne pas exister. Les crachats ne contiennent pas encore de bacilles et les signes évidents de tuberculose, matité, craquements, etc., n'existent pas encore. Les seuls indices sont la respiration rude, faible, grave, saccadée qu'une oreille délicate a peine à percevoir nettement, et qui ne donnent que des symptômes de probabilité et non de certitude absolue.

Mais si à ces signes, donnés par l'auscultation, on peut ajouter la constatation de la dépression sus-claviculaire, on peut alors affirmer catégoriquement l'existence de la tuberculose.

Quand les deux sommets sont atteints, il est quelquefois difficile de trouver de la différence dans les mouvements d'abaissement des deux régions sus-claviculaires; néanmoins il est bien rare qu'un des deux sommets, le premier envahi, ne présente pas une dépression plus accentuée.

Ce symptôme est favorable au point de vue du pronostic, car, d'après les cas que le Dr Revillet a pu observer, il semblerait que la tuberculose est relativement bénigne, et il en conclut « que la constatation de la dépression inspiratoire, plus marquée d'un côté que de l'autre est un signe pathognomonique de pleurésie tuberculeuse du sommet au niveau duquel il existe. »

La *palpation* exercée méthodiquement permet de reconnaître quelquefois une mobilité moindre d'un des côtés de la poitrine, une diminution de volume des muscles thoraciques et les plus légères déformations, tout ceci plus accentué du côté le plus atteint. Dans les fosses sus-claviculaires

au niveau des régions envahies par les tubercules, la palpation permet de reconnaître une *augmentation des vibrations vocales*.

La *percussion* n'est utile que lorsque les tubercules sont déjà confluents, alors elle permet de constater un son obscur, submat, surtout au niveau des fosses sus et sous épineuses, pourtant moins nets de ce côté eu raison de l'épaisseur de la couche musculo-osseuse. C'est pourquoi Piorry recommande de percuter sur la clavicule et au-dessus d'elle.

L'*auscultation* est le meilleur moyen de reconnaître le développement des tubercules dans les sommets. M. Grancher (1) a spécialement étudié les *modifications du murmure vésiculaire* qui se rencontrent avant la submatité, avant l'augmentation des vibrations vocales, et même avant qu'il soit possible de déceler dans les crachats le bacille caractéristique.

La *rudesse de l'inspiration* est le premier signe constaté; elle devient râpeuse, granuleuse et en même temps plus basse, plus courte, elle prend le même timbre que l'expiration.

Celle-ci, au contraire de l'inspiration, devient haute et prolongée, et même soufflante. L'inspiration prend bientôt le même caractère, le murmure vésiculaire normal disparaît pour être remplacé par le souffle; à ce moment le son devient obscur et les vibrations vocales augmentent : consé-

(1) Grancher. Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose et auscultation, 1890.

quence du passage de la germination des tubercules à l'agglomération des nodules bacillaires.

On sait qu'à l'état normal, l'inspiration a une durée plus courte que l'expiration; on peut l'évaluer par le rapport de 5 à 1. Dans la tuberculose, on voit petit à petit l'expiration se rapprocher en longueur de l'inspiration, l'égaliser, puis bientôt la surpasser, et ce signe est d'autant plus visible que l'inspiration devient de plus en plus faible jusqu'à ne plus être du tout perçue. Découvert par le médecin américain Jackson (1) et étudié par Andral (2), Louis (3), Barth et Roger (4), quand on l'entend dans une grande étendue, la phtisie aura une marche rapide.

La *respiration puérile* indique une respiration supplémentaire et a peu de signification; on évitera de la confondre avec la respiration rude en ce qu'elle conserve toujours le caractère doux et moelleux de la respiration naturelle.

La *respiration saccadée* est habituellement le premier signe précis que l'auscultation permet de trouver au début de la tuberculose pulmonaire; la découverte en a été attribuée par certains à Raciborsky, par d'autres à Théophile Thompson. Dans ce cas, l'inspiration plus souvent que l'expiration, se fait en plusieurs temps séparés par de légers silences, au nombre de deux ou trois et même de cinq à six, s'entendant dans les régions sous-claviculaires; ces

(1) Jackson. Mém. de la Soc. méd. d'observation, 1833.

(2) Andral, *loc. cit.*

(3) Louis, *loc. cit.*

(4) Barth et Roger, *loc. cit.*

phénomènes peuvent disparaître dans une forte inspiration. Elle a été attribuée à plusieurs causes : c'est le premier degré du frottement pleurétique (Colin (1), Roger (2), c'est la perte de la souplesse du poumon amenant dans la respiration une gêne ou un retard (Andry (3).

C'est un bon signe de début de la tuberculose; Peter (4) prétend que c'est le plus important.

A ces signes il faut ajouter l'*exagération de la bronchophonie normale* et le *réentissement de la toux*; la bronchophonie s'entend au-dessus et au-dessous de la clavicule, dans les sus et sous-épineuses et dans les aisselles. Ce signe a surtout de la valeur lorsque la maladie est plus avancée et les lésions plus étendues.

M. le professeur Grancher (5) insiste sur la valeur des respirations anormales pour le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire, et dit que localisées au sommet, surtout au gauche et permanentes, elles imposent le diagnostic de tuberculose. « Par ordre d'importance, ce sont l'inspiration rude et basse, la respiration saccadée et la respiration affaiblie. L'inspiration rude et basse a le plus de valeur parce qu'elle est la plus précoce et la plus fréquente (6). » D'après MM. Cornil et Hanot, la propagation des bruits du cœur sous la clavicule gauche et surtout sous la clavicule droite, constitue un excellent signe qui doit

(1) Colin. Bull. de la Soc. médic. des Hôp., 1881.

(2) Roger, *ibid.*

(3) Andry. Manuel de percussion et d'auscultation, 1844.

(4) Peter. Leçons de clinique médicale, 1879.

(5) Grancher, *loc. cit.*

(6) Cornil et Hanot. La phtisie pulmonaire.

fortement éveiller les soupçons chez un sujet atteint de toux avec amaigrissement, sueurs nocturnes, etc. Il faut auparavant tenir compte de l'état du cœur et s'assurer qu'il n'existe ni hypertrophie, ni palpitations nerveuses.

Le *râle crépitant* est rare dans la tuberculose, plus rare que le sous-crépitant; il peut s'entendre au point où germent les tubercules; il appartient à la période congestive et inflammatoire, début de la série des altérations du poumon, faisant suite aux granulations tuberculeuses. Il faut le rechercher soigneusement chaque jour chez les malades, car on ne l'entend pas constamment; il est fugace, très mobile et très limité.

Le *râle sous crépitant* est beaucoup plus fréquent que le précédent; très sec dès le début, il ne s'entend d'abord que dans l'inspiration et se rapproche du râle crépitant; mais bientôt il se fait entendre aussi pendant l'expiration et les bulles deviennent plus humides et plus abondantes. Ce signe, d'après MM. Hérard et Cornil (1), est d'un bon pronostic, il caractérise la congestion du poumon et d'autres états pathologiques que l'on peut avantageusement modifier et même guérir.

Le *craquement sec* est un râle particulier auquel la majorité des médecins accorde une valeur considérable. Il consiste en une crépitation irrégulière analogue à celle qu'on obtient en insufflant une vessie sèche (2); il ne s'entend que pendant l'inspiration et se rapproche du râle crépitant vrai.

(1) Hérard et Cornil, *loc. cit.*

(2) Marfon, *loc. cit.*

Cerâle est tellement caractéristique de la tuberculose, qu'on l'a dénommé *râle tuberculeux*. Au début, les craquements sont secs, fins et dispersés; ils deviennent humides avec les progrès de la maladie pour se transformer enfin en râles caverneux et en gargouillements.

On peut encore entendre des *râles muqueux sibilants et ronflants* qui se développent en même temps que les bronchites.

Les signes de la tuberculose s'entendent ordinairement aux deux sommets; ils sont souvent plus accentués en avant sous la clavicule d'un côté, et de l'autre côté dans la fosse sus-épineuse; ces signes croisés ne se trouvent que dans la tuberculose pulmonaire.

Nous avons passé en revue, jusqu'ici, les différentes manières de procéder de l'évolution tuberculeuse. Pour conclure nous allons prendre, parmi nos observations, celle d'un tuberculeux au début et voir quels sont les symptômes qui nous permettront de faire un diagnostic précoce de la maladie, car tout ce que nous avons dit dans cet ouvrage, et la manière dont nous l'avons conduit, tend à réunir sous une forme aussi claire et aussi concise que possible, tous les symptômes, quels qu'ils soient, connus jusqu'ici, pouvant nous aider à porter un diagnostic sinon de certitude, tout au moins de probabilité.

OBSERVATION.

Le nommé B... Claude, domestique chez M. X..., notaire, me consulte le 25 mars 1894, se plaignant d'une toux sèche et quinteuse qui le prend tous les matins, de chaleur vers le soir et de sueurs nocturnes; il vomit de temps en temps à la suite de ses repas.

Il a des antécédents héréditaires fâcheux; sa mère est morte phthisique, un frère également, son père est emphysemateux; il a eu des ophtalmies rebelles dans l'enfance, des écoulements d'oreilles; vers 15 ans il avait des épistaxis fréquentes et fut traité pour des abcès tubéreux de l'aisselle.

Il est blond et voûté, sa démarche lente et trainante, se fait tout d'une pièce, il est grand et mince. Il a le caractère mélancolique, entre dans des colères violentes pour des futilités; ses doigts son maigrés et osseux, les ongles pâles sont recourbés en bec de perroquet, les mains sont toujours moites. L'appétit est perdu, les forces sont diminuées, il resterait couché toute la journée. Il a des douleurs dans la fosse sus-épineuse droite et dans la région latérale gauche du thorax; il a perdu le sommeil et quand il dort il se réveille baigné de sueur. Le matin il expectore quelques

crachats visqueux et légèrement colorés, dans la journée il a remarqué qu'ils étaient parsemés de temps à autre de stries sanguinolentes ; il se plaint aussi d'être gêné dans sa respiration quand il fait des efforts ou quand il monte un escalier.

L'inspection du thorax me le montre très amaigri, la dépression sus-claviculaire droite est plus accusée que celle du côté opposé ; le bord de ses gencives porte très rouge et hypertrophié le liseré de Frédéricq et Thompson. La percussion accuse un manque d'élasticité sous le doigt en arrière, dans la fosse sus-épineuse droite ; le son est un peu obscur.

L'auscultation permet de reconnaître une diminution du murmure vésiculaire qui est faible et indistinct ; l'expiration est rude et prolongée à droite ; à gauche l'inspiration est rude et râpeuse.

En présence de tels symptômes, je portais le diagnostic de tuberculose pulmonaire, diagnostic qui me fut confirmé quelques mois plus tard par la fixité et la localisation des troubles respiratoires et par l'analyse des crachats. Cette analyse, faite de concert avec M. le Dr Leblond, selon le procédé d'Ehrlich, nous permit de constater la présence du bacille caractéristique de la tuberculose.

Vu :
Le Président,
HAYEM.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

